

Hernia de Grynfelt – Lesshaft

Pedro A. Loza Velásquez

Médico Asistente. Servicio de Cirugía General
Miembro de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
Hospital Regional de Huacho

Correspondencia: pedro_loza@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta a continuación el caso de un paciente varón de 70 años, quien ingresa por el servicio de emergencia por presentar una tumoración reductible ubicada en la región lumbar derecha desde hace aproximadamente 6 años, la cual se torna dolorosa y no logra reducirse en su totalidad 24 horas antes de su ingreso. Se programa a sala de operaciones, identificando entre los hallazgos un defecto de pared ubicado en el espacio de Grynfelt - Lesshaft, por el cual protruye grasa preperitoneal. Se procedió a la reparación quirúrgica con colocación de material protésico presentando favorable evolución postoperatoria sin evidencia de recidiva en los controles posteriores.

Se expone la frecuencia de dicha patología, así como su presentación clínica, diagnósticos diferenciales y tratamiento indicado.

Palabras clave: hernia lumbar, Hernia de Grynfelt – Lesshaft, Hernia de Petit.

ABSTRACT

A 70 year old male patient presented at the emergency department with a reducible mass in the right lumbar region during six years. It became painful and non reducible 24 hours before admission. He underwent surgery where protrusion of preperitoneal fatty tissue was found at the Grynfelt-Lesshaft area. A mesh was used for surgical repair. He had an uneventful postoperative recovery and no recurrence was found in follow-up.

The frequency of this pathology, as well as its clinical presentation, differential diagnosis and treatment are discussed.

Keywords: lumbar hernia, Grynfelt – Lesshaft hernia, Petit hernia.

INTRODUCCIÓN

Se conocen como hernias lumbares a aquellas ubicadas en el área comprendida entre la duodécima costilla como límite superior, cresta ilíaca en el límite inferior, músculo oblicuo externo en el borde lateral y músculo sacro espinoso a nivel medial. Estos límites contienen en su pared dos zonas de debilidad bien definidas: el triángulo lumbar superior, descrito por Joseph Grynfelt y Paul Lesshaft en 1886 y 1870 respectivamente, y el triángulo lumbar inferior, descrito por Jean Louis Petit en 1783.^{1,2,10}

Es importante mencionar que tras la descripción de Petit todas las hernias lumbares fueron inicialmente conocidas como "Hernia de Petit", hasta la descripción referida por Joseph Grynfelt en 1866, cuando describe el triángulo lumbar superior⁴.

Los bordes de Grynfelt, relacionados con la hernia lumbar superior, son la duodécima costilla, el músculo cuadrado lumbar medialmente, la cresta iliaca en el borde inferior y el músculo oblicuo interno, en el borde lateral. El músculo oblicuo externo y el dorsal ancho, forman en techo y el piso es comprendido por la fascia transversal y la aponeurosis del músculo transversos⁶.

Los datos iniciales sobre esta patología se remontan a 1672, cuando Paul Barbette, cirujano Francés, sugiere por primera vez la existencia de estas hernias¹⁰. Sin embargo, la primera publicación al respecto fue realizada por Rene-Jacques Croissant de Garangeot, en 1731. Hugues Ravaton, en 1750, fue el primero en aplicar tratamiento quirúrgico para este tipo de hernias⁹.

Estas hernias representan aproximadamente al 1.5 a 2% del total de hernias abdominales² y solo se cuentan con aproximadamente 300 casos descritos en la literatura¹. De éstas, las más frecuentes están las ubicadas en el triángulo lumbar superior^{1,9}. Son por lo general consideradas como hernias raras, motivo por el cual se considera de importancia la presentación del caso y revisión de la literatura respectiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se evalúa en el servicio de emergencia a paciente varón de 70 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, agricultor por oficio; quien presenta desde hace 6 años, tumoración lumbar derecha levemente dolorosa, de incremento progresivo de volumen, la cual 24 horas antes de su admisión se torna muy dolorosa, motivo por el cual acude a evaluación. Niega episodios de náuseas o vómitos. Al examen preferencial, se identifica tumoración ubicada en la región lumbar derecha alta, de aproximadamente 5x6 cm, blanda, parcialmente

reductible y muy dolorosa al tacto. Abdomen, no distendido, RHA presentes, no dolor a la palpación.

Exámenes Auxiliares: Hemograma: Leucocitos: 11 600 / mm³; Abastados: 0% Glucosa, creatinina, úrea: en límites normales. Examen de orina: Sin alteraciones. Ecografía de partes blandas: Hallazgos compatibles con "hernia lumbar"

Se solicitó tomografía abdominal, la cual no se pudo realizar por no contar con equipo disponible en dicho momento.

Se programa a sala de operaciones de emergencia con diagnóstico de hernia lumbar de Grynfelt - Lesshaft Incarcerada.

Se ubica a paciente en decúbito dorsal y se realiza abordaje transverso en región lumbar derecha, sobre defecto descrito. Se disecan planos, identificando presencia de segmento de aproximadamente 5x5 cm de grasa preperitoneal parcialmente reductible, sin signos isquémicos, el cual protruye a través de defecto de pared a nivel del espacio de Grynfelt - Lesshaft, de 2x2 cm. (Fotos 1 y 2)

Se procede a resección de grasa preperitoneal y a preparación de espacio preperitoneal para colocación de prótesis. Se coloca malla de polipropileno de 5x4



Foto 1.- Exposición de contenido herniario.



Foto 2.- Identificación de defecto lumbar en espacio de Grynfelt - Lesshaft

cm, la cual se fija con puntos de nylon 2/0 a planos musculares.

Se cierra defecto con nylon 1. No se utilizaron drenajes.

Paciente presentó favorable evolución en su primer día postoperatorio, con dolor leve a nivel de sitio operatorio y buena tolerancia oral. Se indicó el alta con indicación de control ambulatorio, en el cual se evidenció buena evolución, sin evidencia de recidiva herniaria.

DISCUSIÓN

Como ya ha sido descrito previamente, las hernias lumbares son sumamente infrecuentes. Es así que Hafner en 1963, afirmó que un cirujano general tan sólo podría tener la oportunidad de reparar un caso de este tipo de hernias durante toda su vida^{2,10,11}. Las hernias lumbares pueden ser Congénitas o Adquiridas. Las congénitas (20% del total de casos) se encuentran frecuentemente en niños e infantes, y se relaciona con defectos de la pared lumbar. Las hernias lumbares Adquiridas (80% del total de casos), se subdividen en: Espontáneas (50-60% de los casos), asociadas a obesidad, atrofia muscular, bronquitis crónica, infección de sitio operatorio, entre otros; y hernias lumbares Adquiridas: asociadas a traumatismo directo, trauma quirúrgico, infección de estructuras óseas costales, abscesos hepáticos, hematoma retroperitoneal infectado, entre otros^{2,3,5,10}. La presentación clínica más frecuente es la de una masa palpable que aumenta con las maniobras de Valsalva, habitualmente reductible y que tiende a desaparecer en decúbito supino. Se asocia a dolor lumbar y pueden referirse molestias abdominales inespecíficas como fatiga o dolor de espalda referido a lo largo de la zona de distribución del nervio ciático. En otras ocasiones pueden presentarse como cuadros de obstrucción intestinal, con náuseas, vómitos, distensión abdominal y palpación de una masa no reductible¹¹. Aproximadamente el 9% de los casos se presentan

clínicamente como hernias incarceradas o estranguladas, requiriendo resolución quirúrgica de emergencia^{6,9}. No es infrecuente que en el preoperatorio, sean diagnosticadas como lipomas lumbares, abscesos locales o hematomas postoperatorios. El diagnóstico es basado en la historia y hallazgos al examen clínico. La Tomografía Computarizada es una herramienta considerada como "gold standar" para el diagnóstico definitivo y para el planeamiento de la estrategia quirúrgica a seguir^{1,3,5,7,10}. Esto es debido a que a través de este estudio, se logra valorar fielmente las relaciones anatómicas del área lumbar, se logra diferenciar la atrofia muscular de la verdadera hernia, identificar su contenido y descartar la posibilidad de una etiología tumoral, facilitando así una decisión terapéutica más racional. Hoy en día, excepto en aquellos casos de presentación urgente o en centros sin dotación radiológica adecuada o con problemas económicos, la realización de una tomografía debe de considerarse una exploración rutinaria en la evaluación preoperatoria de los pacientes con hernia lumbar.¹¹

La cirugía debe indicarse lo más precozmente posible, en función de las condiciones del paciente y de la forma de presentación del caso¹¹. Diversos abordajes con uso de prótesis se han descrito en la literatura: Abordaje Abierto y Laparoscópico (extraperitoneal y transabdominal). Demostrando todos, ser seguros y efectivos^{1,2,3,6,7,8,9}

Para poder determinar y elegir el tipo de abordaje, es fundamental contar con herramientas que brinden objetivos terapéuticos, tal como propone la Clasificación de Moreno-Egea^{10,11}. En ésta, se distinguen 4 tipos de hernias de complejidad anatómico-clínica creciente (A, B, C o D) en base a tamaño, localización de la hernia, contenido, etiología, existencia de atrofia muscular y de recidiva previa. La presencia de dos criterios es suficiente para definir el tipo de hernia y determinar la vía de abordaje quirúrgico. (Fig. 1)

	A	B	C	D Pseudohernia
Tamaño	<5cm	5-15cm	>15cm	-
Localización	Superior	Inferior	Difusas	-
Contenido	Grasa extrap.	Víscera hueca	Víscera maciza	-
Etiología	Espontáneas	Incisionales	Traumáticas	
Atrofia muscular	No - Leve	Moderada	Severa	Severa
Recidiva	No	SI (abierto)	SI (laparoscopia)	-
	Vía abierta EP Laparoscopia TEP	Laparoscopia TAP	Vía Abierta (Doble malla)	Vía Abierta (Doble malla)

Figura 1. Clasificación de Moreno - Egea.

Si bien la mayoría de casos de hernias lumbares, son reportados en pacientes mujeres y en el lado izquierdo², nuestro caso corresponde a un paciente varón, con una hernia lumbar superior ubicada en el lado derecho. La forma de presentación, tampoco fue la más frecuente ya que se presentó con signos de dolor agudo e incarceration. De acuerdo a la clasificación propuesta por Moreno-Egea, corresponde al tipo A de las hernias lumbares. Se optó por el abordaje abierto

con colocación de prótesis preperitoneal, obteniendo resultados quirúrgicos satisfactorios. No son infrecuentes los diagnósticos preoperatorios errados en este tipo de patologías, es por ello fundamental hacer una evaluación clínica exhaustiva, teniendo presente además, la importancia de la tomografía en éste contexto, ya que conjuntamente con la clasificación propuesta por Moreno-Egea, podremos planificar el tipo de conducta a seguir y trazar objetivos terapéuticos con mayor claridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adolfo Rafael Jaén Oropeza, et al. *Hernia de Grynfelt: Nuestra experiencia con reparación protésica*. Revista Latinoamericana de Cirugía. Vol. 3. N°1. 2013.
2. C.F. Ploneda-Valencia, et al. *Grynfelt-Lesshaft hernia a case report and review of the literatura*. Annals of Medicine and Surgery. 7 (2016) 104-106
3. Sebastian Suarez, et al. *Laparoscopic repair of a lumbar hernia: Report of a case and extensive review of the literature*. Surgical Endoscopy. (2013) Vol. 27. N°9, pp 3421 – 3429
4. Jesús Alberto Rondón Espino, et al. *Hernia Lumbar de Grynfelt – Lesshaft. A propósito de 2 casos*. Revista Cubana de Cirugía 2002; 41 (2); 124-8
5. Chin-Ting Wei, et al. *Single-incision laparoscopic total extraperitoneal repair for a Grynfelt hernia: a case report*. Journal of Medical Case Reports 2014, 8:16
6. María del Carmen Cecilia M. et al. *Hernia de Grynfelt Incarcerada*. Revista Chilena de Cirugía. Vol. 67. N°5. 2015. pp 476-477
7. Juan D. Hernández, et al. *Laparoscopic transabdominal hernioplasty of a lumbar hernia of the Grynfelt – Lesshaft triangle*. Annals of Medicine and Surgery 2016. May; 7: 104–106.
8. Cavallaro G. et al. *Primary Lumbar Hernia Repair: The open approach*. European Surgical Research. Vol.39. N°2. 2007 pp 88-92
9. Alfredo Moreno Egea et al. *Open vs laparoscopic repair of secondary lumbar hernias: a prospective nonrandomized study*. Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. 2005. Vol. 19, N°2. pp 184–187
10. Alfredo Moreno Egea. *Controversies in the Current Management of Lumbar Hernias*. Archives of Surgery. 2007;142:82-88
11. Fernando Carbonell Tatay, Alfredo Moreno-Egea. *Eventraciones, otras hernias de pared y cavidad abdominal*. 1ª ed. Valencia: Gráficas Vimar; 2012